

11241
15
24.

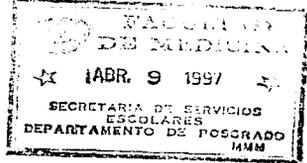
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUDMENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE:
PSIQUIATRIA GENERAL

*"RELACION ENTRE DESESPERANZA Y DEPRESIÓN
CON EL INTENTO SUICIDA"*

Alumno:

DRA. IBARRA ALCANTAR MA. CONCEPCION



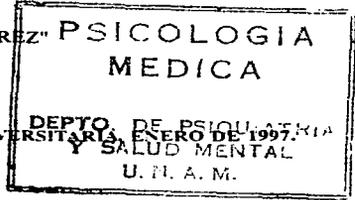
TUTORES


DR. HECTOR ORTEGA SOTO
ASESOR TECNICO


DR. RAFAEL SALIN PASCUAL
ASESOR METODOLOGICO

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA



1997
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cd. UNIVERSITARIA, ENERO DE 1997, XIA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION	2
CLASIFICACION	3
<i>HISTORIA</i>	4
SUICIDIO CONSUMADO	9
FACTORES DE RIESGO	9
PREVALENCIA, EDAD Y SEXO	9
INTENTO SUICIDA	16
DEPRESION Y DESESPERANZA	20
JUSTIFICACIONES	23
HIPOTESIS	24
OBJETIVOS	25
MATERIAL Y METODOS	26
Análisis estadístico	28
RESULTADOS	29
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35
APENDICE A	41
APENDICE B	42
APENDICE C	44
APENDICE D	45

INTRODUCCION

El suicidio rebasa las fronteras del tiempo, pues aparece en prácticamente todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere, con frecuencia, sentimientos de rechazo y crítica. Algunas religiones lo prohíben en forma explícita, y su ejecución trae consigo, en varios países, acciones legales importantes; y aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales subyacentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas, y su latencia en estos casos, es más bien lenta.

Según Arango, Mann y cols (3) el suicidio ha sido considerado en forma tradicional como resultado de la desesperanza extrema e infelicidad, pero existen evidencias crecientes que indican que bien podría ser el resultado de múltiples factores que afectan a la persona que es biológicamente susceptible o que tiene riesgo para el suicidio: estos autores han explicado el suicidio como el resultado de diversos estresores internos y externos que se sobreponen con diferente importancia para cada uno. Tal modelo podría incluir componentes como la historia familiar, biológica, trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad y eventos psicosociales de la vida. El desencadenante para el suicidio podría ser también la pérdida del cónyuge, de un trabajo y/o estar al borde de un escándalo público (3, 5, 41, 54).

DEFINICION

Etimología: La palabra suicidio es un vocablo compuesto procedente del latín, de las voces "**sui**" que significa "**así mismo**" y el verbo "**cadere**": "**matar**", por lo que se traduce como la muerte de sí mismo; el ultimarse deliberadamente (19).

Las doctrinas jurídica y sociológica, han seguido esa definición literal, proveniente de su composición etimológica: Así Emilio Durkheim lo define como "Toda muerte que resulta mediata o inmediata de un acto, positivo o negativo, o ejecutado por la propia víctima". Señala el sociólogo que el suicidio "es sin duda el acto desesperado de un hombre que ya no quiere vivir". El penalista mexicano Francisco Lope de la Vega, escribe que "el suicidio es el acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida" (19).

Edwin Shnedeiman, por su parte, ha definido al suicidio como "el acto consciente de auto-aniquilación, mejor conocido como, un malestar multidimensional en un individuo con múltiples carencias que define un aspecto o problema para el cual este acto es percibido como la mejor solución (32).

CLASIFICACION:

Se han realizado múltiples esfuerzos por clasificar la conducta suicida, sus resultados empero han sido poco alentadores, pues se han obtenido clasificaciones que no son suficientemente comprendidas o que son segmentarias.

El comité de Phoenix (que estuvo formado por un equipo del Centro para los Estudios de la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental) (60) acordó que las conductas suicidas podían ser clasificadas en tres amplias categorías:

1) Suicidio consumado (SC): Que incluye todas las muertes que resultaran del cese autoinfringido, intencional como resultado de un acto que amenazó la vida (60).

2) Intento suicida (IS): Incluye cualquier acto que amenazó potencialmente la vida, pero que no resultó en la muerte, desafortunadamente esta categoría tiende a no ser específica debido a que podría incluir gestos suicidas (Intentos histriónicos y/o ambivalentes). El término IS es, así mismo, impreciso debido a que es imposible determinar el grado de intento o letalidad y/o circunstancias que lo atenuaron sobre las bases de un acto no completado (60).

Otras dos dimensiones fueron adicionadas para refinar estas categorías:

a) Certeza: Se refiere a la seguridad clínica expresada en porcentajes para determinar si un acto es o no suicida. Aunque éste proporciona impresiones clínicas subjetivas no puede ser usado oficialmente (60).

b) Letalidad: Es expresado en términos de calidad de mortífero con relación al acto suicida o el acto contemplado de acuerdo a los estándares médicos. Aunque un individuo no haya apreciado o no esté consciente de los riesgos de un acto -de lo mortífero de sus consecuencias- (60).

HISTORIA

El suicidio ha estado presente en todas las civilizaciones: desde los pueblos más antiguos, de manera que, la primera nota suicida documentada se encuentra en un antiguo papiro (26). En cada pueblo, sin embargo, ha variado la forma de considerarlo en cada uno de éstos, dependiendo tanto de la ley como de las costumbres o tradiciones que ahí imperaban (60). Existen alrededor de 5 reportes en la biblia -solamente uno es mencionado en el Nuevo Testamento- y ha existido una considerable especulación acerca de la escases de reportes de suicidios en la biblia. Es probable que tales hechos hayan sido mencionados solamente cuando era considerados importantes o que algunos suicidios hayan sido considerados como accidentes, quizás como muertes naturales; la poca frecuencia del suicidio entre los israelíes del período del Viejo Testamento ha sido atribuida principalmente al énfasis sobre la vida y a una actitud positiva hacia el mundo; el pensamiento bíblico es que el mundo fué creado por un dios omnipotente y que por tal motivo el mundo era bueno (60). De ese modo, los antiguos hebreos recuerdan suicidios en la biblia, todos ellos relacionados con actos de guerra, por citar un ejemplo, Saúl. Rey de Israel, guerrero sagaz, triunfador de muchas batallas ve declinar su estrella después de muchos años de reinado, después de la batalla de Gilboa, donde es vencido por los filisteos, pide a su escudero que lo mate, pues teme caer prisionero y ser escarnecido. El escudero teme; no se atreve tal vez por el infinito respeto que le inspira el rey y ante su negativa, Saúl tomo entonces su propia espada y se echó sobre ella. En el nuevo testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote. Los chinos, los hindúes, todos los pueblos orientales, Grecia y Roma contemplaron el suicidio como un acontecer natural; una situación ordinaria, que incluso sucedía frecuentemente (19). Pero quizá sean las culturas griegas y romanas las que nos proporcionan los ejemplos de suicidios famosos: En Grecia, Temístocles, Demóstenes, Isócrates, Zenón el estoico, Carneades, Empedócles y la poetisa Safo; en la Roma republicana de los primeros tiempos fué raro el suicidio. pero las cosas cambiaron hacia los últimos años de la República y durante el imperio, citando los casos de Catón, Casio, Marco Antonio, Nerón, Séneca y Dioclesiano; el caso específico de Marco Antonio, general brillante y triunviro del imperio romano, hacia el año 31 a. c. en un enfrentamiento a mar abierto entre sus escuadras y las de Octavio y Lépido sufrió una grave derrota después de que Cleopatra le abandonó haciendo retirar sus barcos. que enfilaron rumbo a Egipto en el momento culminante de la victoria, provocando la caída de Marco Antonio quien se suicidió para evitar la afrenta de ser conducido prisionero a Roma

o condenado a muerte por Octavio; por su parte, Cleopatra al enterarse de que éste pretendía pasearla por las calles de Roma, ante la muchedumbre que antes la vió desfilar triunfadora, cobijada por el César, siguió el ejemplo de Marco Antonio y se dió muerte, haciéndose picar por un áspid. Séneca, a quien Agripina le confió la educación de su hijo Nerón, en el año 49, tuvo una relación estrecha con los gobernantes de Roma, pues Nerón, al llegar al trono le hizo su ministro, pero el primero, fastidiado de intrigas, venganzas y complots, se retiró al campo, en donde se dedicó al estudio y a escribir las obras que le dieron honor en la filosofía y en la literatura en general; a pesar de lo cual, Nerón le creyó cómplice de la intriga urdida por Pisón para matarle y lo sentencia a muerte, sin embargo, Séneca, abrumado y ya hastiado de verse envuelto en escándalos e ingratitudes, se abrió las venas de los brazos, siguiéndole su esposa Pompea Paulina; como no moría, Séneca se abrió también las venas de las piernas y se tomó un veneno y para apurar su muerte se metió a un baño de vapor y se colocó junto a la estufa, en donde murió asfixiado; Paulina fué salvada por los soldados del emperador (Ensayo Tabasco). Hubo un descenso de suicidios durante la edad Media pero las tendencias suicidas brotan de nuevo en el Renacimiento (19). La literatura influye en la ola de suicidios que mucho tuve que ver la obra de Goethe: Werther (19).

El doctor Vallejo-Nájera en su obra *Locos Egregios*, menciona la forma en que los desequilibrios psíquicos que sufrió Vincent Van Gogh, lo llevan hasta causarse la muerte: "El 27 de julio de 1980 Vincent sale de la posada tras el almuerzo. Por las calles desiertas se cruza con un campesino que le oye decir 'es imposible, es imposible'. En el patio vacío de una granja se dispara un tiro al corazón, que es desviado por la costilla, se aloja en el tórax (...) Debió deambular varias horas herido, pues no regresa a la posada hasta el anochecer. Los Ravoux (posaderos de Arléx) le ven llegar líbido, sujetándose el costado, y que sin responder a sus preguntas sube a su habitación, le sigue Ravoux, a quien Vincent, encogido en la cama le muestra silenciosamente un horificio sangrante en el pecho (...) Se avisa al médico del pueblo y a Gachet. No pueden hacer nada. Le recomiendan reposo: Vincent, al parecer sin grandes dolores, permanece sentado en la cama, fumando. Así recibe a su hermano al día siguiente: 'No sufras, lo hice por que era lo mejor para todos' le dice, y al policía que acude a investigar 'es asunto mío'. Muere a los 37 años, en el amanecer del día 29... y de toda una era de la pintura". Hitler y Eva Braun, son ejemplo también de pactos suicidas. Vallejo-Nájera recrea esos momentos: "El 30 de abril de 1945. Hitler envenena a Wolf, su perro favorito. Entra con Eva Braun en la habitación donde ha decido morir. Por encima de todo desea evitar

caer en las manos de los rusos y sufrir un final degradante como el de Mussolini, que le obsesiona. No deben encontrar ni las cenizas. El veneno que la S. S. le preparó no le da seguridad absoluta. Sus manos de parkinsoniano tiemblan demasiado para usar él mismo la pistola, que está sobre la mesa, junto a un jarrón de rosas y las cápsulas de ácido prúsico. Ingiera éstas a las tres y media. El veneno hace su efecto, derriba la mesa por las contorsiones, que Eva corta disparándole un tiro en la sien. Ella ingiere también el veneno. El disparo alerta también a los ayudantes, que entran a recoger los cuerpos. Nadie se había ocupado de preparar un lugar adecuado para la pira funeraria, que se improvisa en el suelo. Pero la porosidad de éste absorbe gran parte de la gasolina. La combustión es incompleta, y mientras caen granadas rusas en derredor, un puñado de hombres desolados ocultan apresuradamente los chamuscados restos malolientes bajo unos escombros. Allí los descubrirían los rusos, que, hecha la identificación por la dentadura, obtienen de la autopsia como único dato de relativo interés la póstuma humillación de confirmar la malformación congénita de su virilidad (la autopsia realizada por los rusos en mayo del 45 demostró que tenía una malformación congénita con ausencia total de testículo izquierdo)" (19).

Stefan Zweig. Escritor austriaco con gran reputación mundial por su fecundidad y destreza, nació en Viena en 1831; suicidóse juntamente con su esposa, en Petrópolis (Brasil) en 1942, dejando escrita una postrera obra titulada "Mi autobiografía" en que expone los móviles que le impulsaron a quitarse la vida (19).

En 1970, el mundo entero se estremeció con el suicidio de Yukio Mishima, por las circunstancias en que lo ejecutó: el 25 de noviembre el famoso escritor japonés ayudado por 4 jóvenes adoctrinados y fieles seguidores de sus ideas, secuestró al General en jefe de las fuerzas armadas de autodefensa japonesa en el propio despacho del militar y ante él realizaron "Seppuku", o sea la autoeliminación que en occidente llamamos Hara kiri, rodeado de un ritual trágico y solemne a la vez (19).

En la historia de México se pueden citar los siguientes ejemplos: En el código *Dresdensis* se habla de la más extraña deidad en el cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa *Ixtab*, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a entrar al paraíso (26); a manera de ejemplo citense también las dos

referencias que siguen: el tercer emperador mexicana, *Chimalpococa*, se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tecpanecas; y, el cadete del Colegio Militar que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo (28). Jesús García Corona, fué un humilde ferrocarrilero, es hoy conocido como el héroe de Nacozari por que al incendiarse un vagón cargado de dinamita en la estación del ferrocarril en el pueblo de Nacozari, sacó ese vagón del pueblo y lo llevó hasta una distancia en donde al explotar no causara perjuicios, ofrendando su vida para salvar la de los lugareños (18). El escritor y político Jaime Torres Bodet, víctima de larga y penosa enfermedad, puso fin a sus sufrimientos, disparándose; lo mismo hizo el político Juan Sabines (19).

En relación con el trato que se le ha venido dando a los suicidas, también este ha sufrido cambios notables a través de la historia: entre los hebreos se incurría a la infamia y la sepultura sólo podía efectuarse de noche y sin pompa; también en Grecia hubo restricciones funerarias e infamia, así en Atenas era cortada la mano derecha del suicida y se enterraba a parte del cuerpo; en Tebas el cadáver era quemado; en Mileto se arrastraba al cadáver por las calles de la ciudad (19).

En Roma hubo indiferencia de hecho respecto al suicidio, sin embargo, el Digesto, contenía el siguiente principio: "quien sin motivo se causa violencia, debe ser castigado, pues si no se perdonó a sí mismo, mucho menos perdonará a otros". En el derecho canónico se privaba de sepultura al suicida. Mario Jiménez Huerta cita a Raddruch-Gwinner para quienes la palabra suicidio recuerda que primitivamente fué un homicidio o sea, un crimen y menciona algunas de las penas existentes en la antigüedad: quemar el cadáver del suicida, instalar una horca sobre su sepultura, clavarlo en una estaca, ponerle una piedra sobre el rostro, sepultura nocturna o infamante (como era el entierro del asno); el suicida no podía ser sacado por la puerta de la casa en que había fallecido, sino que su cuerpo había que tirarlo por la ventana y llevado por el verdugo al pudridero, en la carreta de los animales sacrificados; en todas las legislaciones era general la confiscación de los bienes del suicida (19). Los mismos Raddruch-Gwinner mencionan que Goethe en su obra *Poesía y Verdad*, analiza las causas que llevan al suicidio a la juventud de su época: El dolor del mundo y el tedio de la vida, son los efectos de la falta de acción y la desalentadora perspectiva de tener que sufrir una vida sin vuelo y prosaica (19). También Francisco Lope de Vega refiere, que en el Código de Manú, imponía como forzoso el suicidio de aquella mujer de casta muy elevada que tenía relaciones eróticas

con hombre de casta muy inferior (19).

El suicidio, como fenómeno, ha estado presente durante la toda la historia del hombre, no obstante, durante el curso de los últimos años, su incidencia ha ido creciendo en forma progresiva en forma sorprendente,

SUICIDIO CONSUMADO

FACTORES DE RIESGO

PREVALENCIA, EDAD Y SEXO:

La conducta suicida representa un problema de salud pública internacional, cuya magnitud difiere en cada país. se estima que entre el 0.4 y el 0.9 de todas las muertes son debidas a suicidio (36). En todos los países del Oeste. las tasas de suicidio se encuentran entre los lugares 5 y 10 de entre las principales causas de muerte (36); según los cálculos de la OMS, alrededor de 1.000 personas se suicidan diariamente en todo el mundo, lo cual indica que aproximadamente cada minuto y medio alguien se suicida, por lo que esta causa de muerte ocupa el primer lugar en las estadísticas de mortalidad internacional (29, 30).

De los países europeos que reportó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989. mediante las Estadísticas de Salud Mundial, el rango de suicidios va, desde sus registros más bajos, en Malta de 6 mujeres por millón, a los más elevados, de 581 por millón de hombres en Hungría. Para todos los países en conjunto se registraron en dicho período, alrededor de 120,000 suicidios consumados (21).

Los países del sureste de Europa tienen las tasas más bajas de suicidio, seguidas por los países del noroeste (el Reino Unido y Noruega) con tasas algo más elevadas; los países Nórdicos forman un grupo con tasas elevadas, y un cuarto grupo de países, también con tasas relativamente elevadas se localiza en Europa central comenzando con Bélgica y Francia en el oeste y vía Suiza. Austria y Hungría, al oeste con Rusia (21).

México, por su parte, se ubica dentro de las naciones con las tasas más bajas (21), aunque Borges y cols (15) menciona en su estudio que comprendió un intervalo de tiempo de 20 años (de 1970 a 1991) que se registraron, en 1970, 554 defunciones por suicidio, en ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2,120 lo que representa un incremento de 282%, y durante el mismo período, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por cien mil habitantes a 2.55 en 1991, indicando un aumento de 125%.

En los Estados Unidos. han sido reportados alrededor de 30.000 intentos suicidas por año (33, 38). dándose aproximadamente 75 suicidios por día. uno cada 20 minutos (36). de ese modo, es en los países desarrollados donde se están registrando los índices más

altos de suicidio, de manera que actualmente ocupa el octavo lugar como causa de muerte en los Estados Unidos (25, 33).

Las tasas de suicidio nacionales varían desde 10 por 100,000 (Irlanda o Egipto) hasta a 35 por 100,000 (Hungría, Japón, Dinamarca, Suiza y Austria tienen las tasas más elevadas) (36). Las variaciones entre los países reflejan factores culturales y sociales así como las diferencias en los métodos usados para reportar el suicidio (36). En general, las tasas de suicidio son más bajas en los países católicos menos prósperos; en tanto que es más elevada en los países del Este de Europa (36).

Las tasas suicidas se incrementan con la edad; la tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye ligeramente a medida que aumenta la edad; después de los 14 años, la tasa se incrementa extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años y volver a descender, también ligeramente después de los 60 años (15).

Los hombres de todas las edades consuman el suicidio con más frecuencia que las mujeres, aunque estas últimas lo intentan con mayor frecuencia; la predominancia de suicidio entre los hombres podría deberse, al menos en parte, al papel del alcoholismo, para el que los hombres tienen un riesgo más elevado (3); por su parte, la proporción hombre-mujer va desde 2 a 1 hasta 7 a 1 (9, 15, 36); aunque en México, Borges reportó que de 3 hombres que se suicidan hay 1 mujer que lo hace (15). También los hombres usan los métodos más violentos, como el ahorcamiento, disparos, y saltar al vacío; las mujeres usan con mayor frecuencia sobredosis o ahogamiento. Los porcentajes de suicidio son más elevados en áreas urbanas que en rurales (15). Aunque García y Tapia, en un estudio realizado en el Estado de Tabasco encontraron un porcentaje de muertes mayor en el área rural que en la urbana (26). Los grupos étnicos y minoritarios tienden a ser más cohesivos y tienen tasas menores de suicidio (36).

En los Estados Unidos, los blancos se suicidan casi 3 veces más frecuentemente que los negros (36, 48). La primavera y el principio del verano son las estaciones con mayor incidencia de suicidio (36).

El suicidio es más común entre los solteros, separados, divorciados o viudos: la pérdida

de una esposa incrementa el riesgo durante los 4 años siguientes a la muerte de ésta (15, 36).

Factores sociales:

Emilio Durkheim fué el primero en examinar cómo el contexto cultural y social influencia el riesgo de suicidio. El encontró que las tasas de suicidio en países Europeos difieren en relación a diversos factores demográficos y sociales, y concluyó que "la tasa de suicidio varía inversamente con la integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo" (36).

Durkheim analizó las cifras del suicidio europeo, principalmente las de la segunda mitad del siglo XIX. El suicidio era más frecuente en las urbes que en las áreas rurales; la incidencia del suicidio era mayor sobre los solteros y los divorciados que sobre los individuos casados; mayor el número de suicidios entre los individuos casados y sin hijos que entre los casados pero con ellos; más corriente entre los hombres que entre las mujeres; más entre los ricos que entre los pobres, y entre los protestantes que entre los católicos (31).

Durkheim dividía los suicidios en cuatro categorías sociales (egoísta, altruista, fatalista y anómico) (36). El atribuía el incremento de los índices de suicidios en Europa al aumento del suicidio anómico y egoísta. Aquel incremento se producía como consecuencia de "un estado patológico que en este preciso momento acompaña al devenir de la civilización sin ser condición necesaria suya". Con el desarrollo industrial y científico, la familia, el Estado y la Iglesia habían dejado de ser las fuerzas de integración social que fueran otrora, y no se había encontrado nada que viniese a sustituirlas (31).

Las categorías sociales de Durkheim sirvieron para explicar las variaciones existentes en el índice de suicidios de un país para otro. Los países católicos tenían índices de suicidios reducidos, conforme a lo observado por Durkheim acerca de la influencia del catolicismo (31).

Factores psiquiátricos:

El suicidio es un evento poco común en la población general, en tanto que entre los pacientes psiquiátricos es muy frecuente (33), incrementándose el riesgo hasta 40 veces (36). Se reconoce que más del 90% de los sujetos suicidas presentan un transtorno psiquiátrico (10).

19, 21, 36, 48).

Trastornos afectivos:

Ha sido reportada una prevalencia relativamente elevada de trastornos afectivos en los pacientes suicidas, particularmente el trastorno bipolar y la depresión unipolar recurrente (20, 39), variando los índices desde el 7 hasta el 54% (15). De ese modo, los pacientes con trastornos afectivos tienen una probabilidad 32 veces mayor que la población general (48). Una proporción considerable del 25 al 50% de pacientes con trastornos afectivos intentan el suicidio durante el curso de su enfermedad y el 20-40% de éstos consuman el suicidio (11).

Esquizofrenia:

Es un factor de riesgo bastante significativo para el suicidio, pero parece ser más prominente en series de suicidio consumado que incluyen adultos jóvenes; esto es consistente con el ya conocido curso de este trastorno, que inicia en la adolescencia tardía (16), considerándose que el riesgo de suicidio en un sujeto esquizofrénico es 20 veces mayor que en la población general (48); dicha probabilidad se incrementa particularmente entre la 3a y 4a década de la vida (16).

Trastornos de personalidad:

La prevalencia de Trastornos del eje II va desde el 10 al 91% en series de reportes de suicidio consumados (16, 36, 37). En un estudio controlado, el trastorno de personalidad en general condujo a un riesgo incrementado de 2.9 veces para suicidio, y los trastornos del grupo B (límitrofe, narcisista y trastorno antisocial) tuvo un riesgo incrementado de 8.5 veces para el suicidio consumado (16).

Alcoholismo:

Diversos autores, concuerdan al encontrar al alcoholismo como segunda entidad diagnóstica en sus respectivas muestras de suicidas (35). También en este grupo son más característicos el sexo masculino, la presencia de intentos suicidas previos, el desempleo y la

carencia de pareja; en el seguimiento de alcohólicos crónicos realizados por Kessel et al en dos áreas de Inglaterra, el 7 y 8% murieron por suicidio, correspondiendo a 75-85 veces lo esperado para la población general (35).

Mann y cols (39, 40), reportan que el suicidio parece ser una complicación de los trastornos psiquiátricos mayores tales como depresión, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de personalidad; situando, en base a porcentajes como sigue, aproximadamente un 20% para el trastorno bipolar, 15% para el trastorno unipolar, 10 - 17% para alcoholismo y 5 - 10% para los trastornos de personalidad.

Curso y tiempo de los trastornos:

En general, las víctimas de suicidio habían estado enfermos por un período considerable de tiempo antes de consumir el suicidio (16).

Estresores y Diagnósticos:

Diversos estudios han mostrado que la pérdida interpersonal es mucho más probable que esté asociada con suicidio entre abusadores de sustancias comparado con suicidios asociados a otros tipos de trastornos. El desempleo es también un frecuente acompañante del suicidio entre abusadores de sustancias (16).

Conducta suicida previa:

Se ha pensado, que la historia de intentos previos sea un importante indicador de riesgo de consumación (10, 16, 21, 36), dado que, más de 40% de la gente que tiene un intento suicida cuenta con un antecedente de este tipo, y esto significa un incremento de 32% en el riesgo relativo asociado con cada intento previo (38).

Trastornos somáticos:

Se ha identificado la asociación entre suicidio y entidades somáticas, sobre todo enfermedades terminales, ya sea en combinación con trastornos psiquiátricos o incluso solos. Entre ellos se incluye el cáncer en sus diversos sitios, SIDA, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneoencefálico, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica y hepatopatía alcohólica (35).

Factores biológicos

Dentro de los trastornos psiquiátricos más asociados al suicidio e intento suicida está la depresión y de hecho a partir de los hallazgos bioquímicos en deprimidos se inició la investigación sobre este mismo correlato en sujetos con intentos suicidas (2, 38). Las investigaciones sobre este tema sugieren que tanto en el sujeto deprimido, como en el que intenta suicidarse y en el sujeto agresivo-impulsivo existe una disfunción de los sistemas serotoninérgicos (2, 8, 36, 39); desde el punto de vista clínico, el individuo con conducta suicida resulta ser más impulsivo y tener mayor riesgo de ser violento que el no suicida, al parecer independientemente del diagnóstico psiquiátrico y el estado de ánimo, por lo que actualmente son foco de estudio las relaciones entre agresividad, violencia, impulsividad e intentos suicidas (27, 49).

El concepto de que el suicidio tiene una base bioquímica es relativamente nuevo, los primeros estudios de una posible interrelación entre los sistemas serotoninérgicos y el suicidio examinaron las concentraciones de monoaminas y sus metabolitos en los cerebros de las víctimas suicidas y sujetos controles (27, 39, 40, 54, 57). La aseveración más fuerte que implicó a la serotonina (5HT) en la conducta suicida fué proporcionada por los estudios de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos (7). En un grupo de pacientes deprimidos Asberg y cols (6) observaron una distribución bimodal del 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo; ellos encontraron una prevalencia significativamente mayor en los sujetos que intentaron suicidarse y que tuvieron niveles bajos de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo; estudios subsecuentes han confirmado estas aseveraciones (17, 25, 27, 29, 32, 53, 54, 57).

Además, la impulsividad, ha sido sugerida como una característica de la conducta suicida y posiblemente correlacionada con niveles bajos de 5-HIAA de líquido cefalorraquídeo que intentaron el suicidio, pero esta una evidencia directa; esta hipótesis está basada parcialmente en el hallazgo de que bajas concentraciones de 5-HIAA de líquido cefalorraquídeo se han asociado con impulsividad, violencia externamente dirigida o agresión contra personas o propiedades; es notable, sin embargo, que las formas que médicamente más dañan de la conducta suicida y aquéllas que están más estrechamente relacionadas a la consumación del suicidio están caracterizadas por altos niveles de planeación y menor impulsividad (39). En suma, la función anormal de 5-HT en pacientes suicidas se ha fundamentado en estudios de: recaptura de serotonina plaquetaria, sitios transportadores de 5-

HT y estudios neuroendocrinos. Diversos estudios indican que existen niveles significativamente más elevados de un subtipo de receptor de serotonina conocido como 5-HT_{2A} en cerebros de víctimas suicidas postmortem (4). Estos estudios hicieron entrever, el uso posible del receptor serotoninérgico 5-HT_{2A} como marcador biológico para la conducta suicida.

Diversos estudios han sugerido que la reducción en la concentración de colesterol y los niveles bajos de colesterol podrían estar asociados con suicidios consumados. Golier y cols (27) en una investigación realizada en 650 pacientes encontraron como hallazgo principal, que entre los pacientes estudiados los hombres con bajos niveles de colesterol (< 25ª percentila) era dos veces más probable que tuvieran un intento suicida médicamente más peligroso que los que no tuvieron el colesterol bajo; y que la asociación entre niveles bajos de colesterol y el intento suicida se limitó a sujetos que habían tenido intentos de letalidad potencialmente elevada y estuvo también vinculado con otras formas de agresión impulsiva en hombres. Diversos estudios han hipotetizado mecanismos en los que la disminución en el colesterol sería el resultado de una transmisión serotoninérgica central disminuida (23).

Factores genéticos

Los datos clínicos obtenidos a partir de 500 gemelos Amish iowa, y los estudios de adopción, sugieren la posibilidad que hubiesen factores genéticos en el suicidio; por ejemplo, en todos los estadios de un ciclo de vida de una historia familiar se ha observado que el suicidio está presente con una frecuencia significativamente mayor entre personas que intentan suicidarse que entre aquéllas que no lo hacen (36). También, en un seguimiento de 500 iowa se encontró que el riesgo de suicidio entre familiares de primer grado de pacientes psiquiátricos fué casi ocho veces mayor que el encontrado entre los padres de pacientes que no habían intentado suicidarse (36). No obstante, los estudios realizados sugieren que los factores genéticos en el suicidio están involucra primariamente en la transmisión de los transtornos psiquiátricos más comúnmente asociados al suicidio (36).

INTENTO SUICIDA

Muchos autores reconocen en el intento suicida al mejor indicador de riesgo de consumación. Desde las primeras series hasta más recientes, se ha detectado que el 30 y el 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos suicidas previos (16). Se estima incluso que los intentos suicidas, sin éxito, son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios consumados (16).

Aunque el riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% adicional de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes (38). Nordström y cols. en su estudio realizado en 346 pacientes (19) a quienes les hicieron un seguimiento de 6 ± 4 años encontraron que el riesgo de suicidio a largo plazo en pacientes internados por trastornos afectivos e intento suicida fué del 15%, y que la mayoría de las muertes ocurrieron dentro del primer año después del intento suicida: la mortalidad por suicidio en el primer año fué del 12% con un riesgo de 8% para los hombres y del 15% para las mujeres. La prevalencia a lo largo de la vida de intentos suicidas va. en adolescentes desde el 1.3% hasta el 3.8%. Entre las féminas las tasas varían desde 1.5% entre los 12 y los 14 años de edad hasta 10.1% en mujeres que se encuentran en la adolescencia tardía. Se observan dos tendencias predominantes en relación a la conducta suicida:

Primero: La prevalencia se incrementa con la edad, particularmente después de los 15 años.

Segundo: En adolescentes jóvenes, las tasas de intentos suicidas, en hombres y en mujeres, son equiparables, pero en la adolescencia media a tardía, las tasas de intentos, en mujeres, son 2 a 3 veces mayores que en los hombres (16).

Factores de riesgo:

Aunque otros factores de riesgo, tales como eventos estresantes en la vida, falta de cohesión familiar y un alto grado de rivalidades han sido asociados con conducta suicida, al parecer, los factores de riesgo de mayor peso con esta entidad clínica, son los psiquiátricos. de ese modo, los trastornos afectivos tanto en el pasado como en el presente son factores de riesgo importantes para el intento suicida, tanto en hombres como en

mujeres (16).

Conducta suicida previa: Como se ha mencionado previamente, entre el 30 y el 60% de las personas que consuman el suicidio tienen el antecedente de intentos previos (16).

Factores de riesgo ambientales y estresores de la vida:

La psicopatología de los padres ha sido implicada como un factor de riesgo para la ideación suicida (16).

En un esfuerzo por conjuntar los factores de riesgo antes mencionados, Plutchik (48) ha identificado cerca de 40 variables que considera como factores de riesgo para suicidio o intento suicida. Estas, se enlistan a continuación:

1	Esquizofrenia
2	Depresión
3	Otras enfermedades médicas
4	Trastornos de personalidad
5	Desesperanza
6	Síntomas psiquiátricos recientes
7	Historia de conducta violenta
8	Actitudes de aceptación hacia el suicidio
9	Impulsividad
10	Número de problemas familiares
11	Número de síntomas físicos
12	Historia de violencia familiar
13	Uso de la evitación como estilo de afrontamiento
14	Uso de la búsqueda de ayuda como estilo de afrontamiento
15	Persistentes sentimientos de angustia
16	Persistentes sentimientos de resentimiento
17	Rasgos de ansiedad
18	Mecanismos de defensa de regresión
19	Mecanismos de defensa de desplazamiento
20	Susplicacia
21	Rebeldía
22	Conducta Agresiva en la madre
23	Rechazo por uno de los padres
24	Sensación de aislamiento o soledad
25	Intentos suicidas en amigos o parientes cercanos
26	Deficiente manejo de impulsos sexuales
27	Un gran número de trastornos médicos y neurológicos en miembros de la familia

28	Pérdida temprana de la madre o el padre
29	Fácil acceso a armas
30	Tratamiento psiquiátrico previo
31	Abuso de alcohol
32	Abuso de drogas
33	Historia familiar de alcoholismo
34	Deterioro severo en la salud física
35	Pensamiento paranoide (ideas de referencia)
36	Estilo de vida homosexual
37	Historia de intentos suicidas previos
38	Pérdida reciente de un personaje con quien se tenía estrecha relación
39	Bajos niveles en líquido cefalorraquídeo de 5H1AA (baja ingestión dietética de triptófano)

DEPRESION Y DESESPERANZA

Existe un consenso general en aceptar que el suicidio es un problema que va aumentando en forma gradual en todos los países y los trastornos afectivos representan un porcentaje alto entre los factores causales. Un resultado trágico y temido, pero no infrecuente de los trastornos depresivos es el suicidio.

Se estima que más del 50% de todos los pacientes que intentan suicidarse sufren depresión mayor, 25% de los pacientes con depresión mayor tuvieron un intento suicida en su vida, y 15% de los pacientes con depresión mayor completan el suicidio (14, 12 20, 38); siendo el período de mayor riesgo, los meses próximos a la recuperación y durante los dos años posteriores a un intento. Una de cada tres o cuatro personas que intentan el suicidio tiene una historia de intentos anteriores (12).

Los pensamientos suicidas se presentan en la mayoría de los pacientes deprimidos graves, probablemente al menos en el 70% de éstos.

Las diferencias cognitivas han sido demostradas entre las personas suicidas y no suicidas con algún nivel de depresión o grado de patología controlado. Estos factores cognitivos son: desesperanza, suposiciones disfuncionales, pensamientos dicotómicos, rigidez cognitiva, pobre habilidad para resolver problemas y la visión de que el suicidio es una solución deseable.

Lester y cols encontraron que la depresión y la desesperanza estuvieron ambas relacionadas con el deseo de morir (17).

Lester y Beck (14) encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar en las personas que han intentado suicidarse así como aquéllas con ideas suicidas. Concluyeron que el típico individuo suicida considera su situación como insostenible y que ningún tratamiento podrá ayudarlo por lo que decide que el suicidio es la única manera de escapar de su situación desesperada.

Nekanda- Trepka y cols (43) encontraron una asociación entre desesperanza e incremento de deseos suicidas en pacientes no psiquiátricos. La desesperanza con otras alteraciones psiquiátricas, como la esquizofrenia, trastornos psicóticos etc., además de

depresión. también predispone al paciente a conductas suicidas. El papel de la desesperanza en el alcoholismo crónico y el intento suicida es menos claro (21).

Fawcett y cols (21) identificaron la desesperanza como la pérdida del interés o placer y fluctuaciones del estado de ánimo como factores discriminativos en aquellos pacientes que consumaron el suicidio de los que no lo hicieron.

La desesperanza es un estado de expectativas negativas, y se ha encontrado como un indicador común de intento suicida y predictor de un eventual suicidio (17).

Investigaciones recientes han establecido que la desesperanza es una variable mediadora entre depresión, intento suicida y conducta suicida.

La desesperanza, medida por la escala de desesperanza, surge como una variable moderadora de enlace entre depresión e intento suicida.

Minkoff y cols (42) encontraron que la intensidad del intento estuvo más correlacionada con desesperanza que con depresión. Identificaron también un factor en el síndrome de depresión: el factor cognitivo de evaluación negativa hacia el futuro (pesimismo o desesperanza), estando más estrechamente relacionado a la seriedad del intento que a la depresión misma.

En un estudio de pacientes esquizofrénicos, entre los que había deprimidos y no deprimidos, se observó que los que tenían niveles más altos de desesperanza, aún en ausencia de depresión fueron los que tuvieron un mayor índice de intento suicida; también entre abusadores de drogas, la desesperanza está más estrechamente relacionada con el intento suicida que con la depresión, o que con el uso de psicotrópicos per sé (60).

Beck y cols, en una cuidadosa investigación de 384 pacientes con intento suicida, emplearon escalas para determinar la desesperanza, el intento suicida y la depresión, este grupo demostró que la desesperanza es la variable clave que vincula la depresión y la conducta suicida.

Brittlebank y cols (17) observaron que existe una correlación entre la desesperanza y el intento suicida, que está determinada por las circunstancias del intento, y el fundamento de esta asociación fué independiente de un diagnóstico de depresión, reportando así mismo, que

los niveles elevados de desesperanza están asociados con una conducta de autoagresión y que los registros elevados de desesperanza en personas que mostraron un intento suicida podría predecirse la consumación del mismo en los siguientes 10 años de su vida (17).

De ese modo, el suicidio y el homicidio, como fenómenos multifactoriales, no deben ser descritos sólo en términos epidemiológicos, sino además explicados en términos de proceso, en cuyo caso debe considerarse que las conductas altamente violentas van más allá de los factores medio-ambientales o de características organísmicas. No debe suponerse que los factores individuales y situacionales concomitantes al acto tengan necesariamente un significado causal; si acaso lo tienen, entonces éste sería indirecto, ya que estaría mediado por factores internos o de tipo cognoscitivo, dado que por medio de dichos mecanismos, la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente. Estos procesos, presentan cargas motivacionales que al interactuar con factores clínicos como la depresión y la ansiedad, así como con factores sociales, dan como resultado un comportamiento violento. Los mecanismos cognoscitivos, por su característica de internos, de hecho no son totalmente inobservables, si consideramos que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona (30).

Por tal motivo, las personas con enfermedad mental es una de las poblaciones que requieren mayor atención a este respecto.

JUSTIFICACIONES

En nuestro país, la conducta suicida sólo se ha abordado desde el aspecto epidemiológico y social, menormente el clínico. Sin duda, se hace necesaria la investigación a este respecto y sobre todo en los pacientes psiquiátricos por su mayor riesgo. La caracterización clínica de la población suicida en México resulta de utilidad por que permitiría establecer similitudes y diferencias con las de otros países que por otro lado conducirían a plantear explicaciones sobre la baja tasa registrada en este país.

HIPOTESIS

En el presente trabajo se pretende demostrar que: dentro de los pacientes hospitalizados por intento suicida, la severidad de éste, se relaciona más al nivel de desesperanza que al de depresión.

OBJETIVOS

1.- Describir las características clínico demográficas de una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados por Intento Suicida en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

2.- Determinar la relación entre el nivel de desesperanza y la severidad del intento suicida de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

3.-Determinar la relación entre el nivel de síntomas depresivos y la severidad del intento suicida de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

4.-Comparar la magnitud entre ambas relaciones.

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo se estudió, durante un período de 8 meses, a pacientes que ingresaron por Intento Suicida, a la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP) del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a) Edad igual o mayor de 18 años
- b) Ambos sexos
- c) Condiciones físicas y mentales adecuadas para la aplicación de los instrumentos
- d) Aceptación para participar en el estudio, previa información del mismo.

Fueron excluidos los pacientes que no aceptaron participar, aquellos cuyas condiciones no permitían una adecuada cooperación para la aplicación de los instrumentos y también quienes eran analfabetas.

A los sujetos en estudio les fueron aplicados en el curso de los cinco primeros días de su ingreso al servicio de UMQAIP los siguientes instrumentos:

-Una cédula donde se incluyen los datos generales en los que se contempló: nombre, sexo, edad, estado civil (con o sin pareja actual), escolaridad, ocupación (se incluyeron, entre otros, a estudiantes y a amas de casa), número de intentos previos y método empleado.

Para evaluar la severidad de la intención psicológica del paciente se aplicó la Escala de Intentos Suicidas (EIS) de Beck y cols (11, 12) que toma en cuenta los aspectos más relevantes del paciente suicida antes, durante y después del intento. Esta escala ha sido ya utilizada en población mexicana por Heman (31) . La EIS está integrada por 15 reactivos dispuestos en dos grandes grupos: el primer grupo (reactivos 1 a 8) abarca las circunstancias objetivas bajo las cuales se realizó el intento suicida e incluye la información sobre los

preparativos, ejecución, lugar de realización y otros indicios que hubiera dado el paciente y que podrían facilitar la intervención. El segundo grupo (reactivos 9 a 15) refleja la concepción que tenía el suicida acerca de la letalidad del método utilizado, el grado de premeditación, el propósito que el sujeto alegó para llevar a cabo el acto suicida y sus expectativas sobre la posibilidad de intervención. Todos los reactivos se califican basándose en una escala de severidad, cuantificándose del cero al dos, variando el total de la calificación del 0 al 30.

El 20% de los pacientes evaluados fueron calificados por dos psiquiatras experimentados con el fin de evaluar la confiabilidad

interevaluador en la aplicación de la escala.

La Escala de Desesperanza (ED) desarrollada por Beck, Weissman y cols (1974) es un instrumento autoaplicable que consiste en 20 reactivos que valora las expectativas negativas hacia el futuro, calificados como falso-verdadero, de los cuales, 9 son falsos y 11 verdaderos. A cada reactivo se le ha asignado una calificación de 0 a 1. El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20, considerando si es significativo una calificación por arriba de 9. también ha sido utilizada en población mexicana (Senties, información no publicada)

El inventario para depresión de Beck (IDB) diseñado por Beck y cols (1961). Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana (47), esta escala, consta de 21 apartados que evalúan otras tantas categorías sintomáticas-conductuales observadas en los pacientes con depresión. Cada apartado contiene 4 aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0 que indica la ausencia del síntoma, el segundo de un punto, el tercero dos puntos y el cuarto de tres puntos que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento es autoaplicable, por lo que el evaluado elige aquella aseveración que describe el estado por el que ha atravesado la última semana. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los 7

restantes a síntomas vegetativos y somáticos que aunque regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión pueden también ser el resultado de una enfermedad física. El punto de corte varía entre 11 y 21 puntos.

Análisis estadístico

La información clínico-demográfica se comparó mediante la chi cuadrada y pruebas t según fueron apropiadas. La confiabilidad interevaluador en las calificaciones de la Escala de Intento Suicida, así como su relación entre las escalas de desesperanza e inventario para Depresión de Beck se realizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Durante el período de enero a agosto de 1996, se estudió a un total de 136 pacientes hospitalizados en el servicio de UMQAIP del HPFBA. Todos los pacientes eran mayores de 18 años, sabían leer y escribir y aceptaron, previa información y consentimiento por escrito, participar en el protocolo. Fueron excluidos un total de 24 pacientes, 14 de los cuales se negaron a participar, 2 fueron analfabetas, 2 no quisieron continuar contestando los cuestionarios y 6 fueron pacientes que reingresaron al HPFBA por un nuevo intento suicida.

Se incluyó a un total de 112 pacientes. De éstos, el 56.25% fueron mujeres (n=63) y el 43.75% fueron hombres (n=49); al ser comparados con χ^2 el resultado fué de 9.9, siendo el gl de 1 y la p de fué de 0.002.

En relación a la edad: El rango fué de 18-72; con una media para toda la muestra de 30.8, con DE = 10.5; la media para todas las mujeres fué de 32.8, con una DE = 11.1, en tanto que para los hombres dicha media fué de 28.6, con una DE =9.3.

Con respecto al estado civil, también se tomó en cuenta si tenían o no pareja en ese momento. 40.1% (n=45) tenía pareja y el 59.8% (n=67) no la tenía.

En la ocupación, el 76% (n=85) sí la tenía y el 24% (n=27) no tenía empleo ni manifestaba ocupación alguna. Aún restando del total de sujetos con ocupación, aquéllos dedicados a las labores del hogar y los estudiantes, el número de pacientes con empleo remunerado al momento del intento fué mayor.

En cuanto a escolaridad veáse la siguiente tabla:

ESCOLARIDAD	%	N=
Alfabeta	0.8	1
Primaria	30.3	34
Secundaria	25.8	29
Preparatoria y/o carrera técnica	32.1	36
Licenciatura	10.7	12

El 56.25% de la totalidad de los pacientes tenía historia de intentos previos (n=63).

En relación al método utilizado durante el Intento Suicida, motivo del ingreso, se sugiere ver la siguiente tabla:

Método	%	n=	♀	♂
Cortar venas o cuello	33.03	37	22	15
Sobredosis de fármacos	38.39	43	30	13
Ahorcamiento	8.92	10	3	7
Arrojarse de altura	3.57	4	2	2
Arrojarse a vehículo de motor	0.89	1	1	0
Arrojarse al metro	6.25	7	1	6
Ingestión de venenos	8.03	9	3	6
Asfixia	0.89	1	1	0

En lo referente al mes del año en que los pacientes intentaron suicidarse, véase el siguiente cuadro:

Mes	%	n=
Enero	8.03	7
Febrero	6.25	7
Marzo	8.92	10
Abril	16.07	18
Mayo	16.96	19
Junio	11.96	19
Julio	18.75	21
Agosto	13.39	15

Para la confiabilidad interevaluador se examinaron 27 de los 112 pacientes, obteniéndose: r de Pearson = 0.89, $p = 0.000001$.

En la EIS la media fué de 13.4, con $DE = 5.4$. En el IDB la media fué de 29.8, con una $DE = 13$ y en la ED la media fué de 9.6, con una $DE = 5$.

Las calificaciones en el IDB y en la EIS correlacionaron significativamente (r de Pearson = 0.22, $T = 2.3$, gl 110, $p = 0.028$, $p < 0.05$) y la correlación entre el IDB y la ED también resultó significativa (r de Pearson = 0.46, $T = 5.5$, gl 110, $p < 0.001$). Con respecto a la correlación entre la EIS y la desesperanza también correlacionaron positivamente con una (r de Pearson = 0.23, $T = 2.5$, gl 110, $p = 0.014$, $p < 0.05$).

DISCUSION

En relación al sexo, edad, estado civil y escolaridad de la muestra, nuestros resultados son semejantes a los reportados en la literatura internacional, pero cuando se estudian pacientes en hospitales psiquiátricos, la diferencia es menor, al igual que en otros estudios realizados (9,7,5,3). De esta manera confirmamos que es más frecuente en mujeres que en hombres y en nuestra muestra la mayor parte de los pacientes no tenía pareja al momento del intento. En cuanto a la ocupación, llama la atención nuestros hallazgos en población mexicana, a diferencia de lo reportado en la literatura, ya que la mayoría de los pacientes tenía empleo cuando hizo el intento, esto podría explicarse debido a que parte de la población atendida en nuestro hospital reciben la atención médica como una prestación social.

Con respecto a la escolaridad, nuestros resultados concuerdan con lo ya reportado, que son las mujeres con un nivel educativo máximo de educación media, ya sea solteras o casadas, las que con mayor frecuencia intentan suicidarse a una edad productiva (Heman). Coincidimos con otros hallazgos con respecto a la historia de intentos previos y en lo que se refiere al método empleado: que los hombres utilizan métodos más violentos y con mayor letalidad que las mujeres. Los meses de mayor incidencia coinciden con lo reportado, los correspondientes a la primavera y verano (abril, mayo y julio).

Tanto la severidad de la sintomatología depresiva como el nivel de desesperanza correlacionaron significativamente con la severidad del intento suicida. En este aspecto nuestros resultados son semejantes a los reportados por Beck y colaboradores (2,8), sin embargo, los índices de correlación resultaron muy similares, a diferencia de lo que han encontrado otros autores, quienes reportan que el nivel de desesperanza correlaciona en forma más elevada con la calificación de la EIS. A diferencia de Minkoff y cols., y de Dyer y cols., nosotros no realizamos la T de Hotelling aunque consideramos que no hubiera arrojado diferencias significativas, es posible que estas aparezcan realizando un control por turno de las calificaciones de desesperanza y depresión. En un estudio realizado en Los Angeles Cal. (EUA) que abordó las diferencias étnicas en su relación con intento suicida, reportó que en la población hispana, la severidad de la depresión y desesperanza correlacionaron en forma similar con la severidad del intento.

Llama la atención de nuestros resultados la calificación de la ED siendo más baja que la reportada en otros estudios. Sin embargo, la calificación del IDB es similar e incluso más alta

que la reportada por Minkoff, Beck, Dyer y cols.. Hay que tener en cuenta que la información de la ED es controversial ya que Dyer y cols. no encontraron correlaciones significativas entre depresión y desesperanza.

Nosotros sí encontramos correlación significativa (que a mayor desesperanza mayor severidad del intento y a niveles más altos de depresión, mayor gravedad del mismo). Parece ser que la correlación entre desesperanza, depresión e intento suicida se hace más evidente cuando se evalúa en forma retrospectiva al paciente (su estudio psicológico) antes de que intente suicidarse (Dyer y cols), dado que son evidentes las diferencias al evaluarlos en forma retrospectiva y en el momento actual, por el efecto catártico del intento suicida.

Los meses de mayor incidencia fueron abril, mayo y julio, coincidiendo con lo reportado en la literatura.

Tanto la severidad de la sintomatología depresiva como el nivel de desesperanza correlacionaron significativamente con la severidad del intento suicida. En este aspecto nuestros resultados son semejantes a los reportados por Beck y colaboradores (2, 8), sin embargo, los índices de correlación resultaron muy similares, a diferencia de lo que han encontrado otros autores, quienes reportan que el nivel de desesperanza correlaciona en forma más elevada con la calificación de la EIS. A diferencia de Minkoff y cols, y de Dyer y cols, nosotros no realizamos la T de Hotelling aunque consideramos que no hubiera arrojado diferencias significativas, es posible que éstas aparezcan realizando un control por turno de las calificaciones de desesperanza y depresión. Llama la atención de nuestros resultados la calificación de la ED siendo más baja que la reportada en otros estudios, sin embargo, la calificación del IDB es similar e incluso más alta que la reportada por Minkoff, Beck y Dyer y cols. Hay que tener en cuenta que la información de la ED es controversial ya que Dyer y cols no encontraron correlaciones significativas entre depresión y desesperanza. Nosotros sí encontramos correlación significativa (que a mayor desesperanza mayor severidad del intento y a niveles más altos de depresión, mayor gravedad del mismo). Parece ser que la correlación entre desesperanza, depresión e intento suicida se hace más evidente cuando se evalúa en forma retrospectiva (su estudio psicológico) antes de que intente suicidarse (Dyer y cols), dado que son evidentes las diferencias al evaluarlos en forma retrospectiva y en el momento actual por el efecto catártico del intento suicida.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son de considerable valor porque parcialmente replican hallazgos de la literatura internacional dado que la población mexicana ha sido poco estudiada a este respecto, quizás esto lo hace una población atractiva para su estudio, ya que de alguna manera puedan existir factores protectores, como pueden ser culturales, sociales y ambientales.

La desesperanza es un constructo psicológico tan importante, así como la sintomatología depresiva que debe tomarse en cuenta y debe ser un síntoma blanco en los pacientes con intento suicida.

Parece ser que la desesperanza no es una característica particular de los deprimidos, sino que puede estar presente en la población con otros diagnósticos.

Otro punto importante para estudiar el suicidio es la observación que hace Diestra al mencionar que los índices más elevados de suicidio se observaron en los países en desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allebeck P, Allgulander C; **Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse; Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 565-570.**
- 2.- Apter Alan, y cols; **Correlates of Risk of Suicide in Violent and Nonviolent Psychiatric Patients; Am J Psychiatry July 1991; 148:883-887.**
- 3.- Apter Alan, Van Praag H; **Interrelationships Among Anxiety, Aggression, Impulsivity, and Mood: A serotonergically Linked Cluster?; Psychiatry Reserach, 32:191-199.**
- 4.- Arango V & cols; **Autoradiographic Demonstration of Increased Serotonin 5-HT² and β -Adrenergic Receptor Binding Sites in the Brain of Suicide Victims; Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 1038.1047.**
- 5.- Arango Victoria, Mann John; **Relevance of serotoninergetic postmortem studies to suicidal behavior; International Review of Psichiary (1992), 4, 131-140.**
- 6.- Asberg M; Traskman; **5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid; Arch Gen Psychiatry 1976; 33; 1193-1197.**
- 7.- Asberg M, Thoren P, Traskman L **"Setonin depression" -A biochemical subgroup within the affective disorders? Science 1976; 191:478-480.**
- 8.- Asberg M, Schalling D, Traskman-Bendz L, Wagner A. **Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. ÇEN Meltzer HY, ed Psychopharmacology: The third generation of preogress. New York, NY: Raven Press, 1987:655-658.**
- 9.- Bakalar J. & cols; **Care and Manegement of the suicidal person: The New Harvad Guide to Psychiatry, Edit by Nicholini A, 1988, 743-747.**
- 10.- Barraclopugh B, Bunch J Nelson B. Sainsbury P. **A hundred cases of suicide. Br**

J Psychiatry 1974;125:355-373.

11.- Beck, A. T., M. Kovacs, and Weisman; **Hopelessness and suicidal behavior**, J. A. M. A., 1975; 234: 1146-49.

12.-Beck.A.Steer.R.,Kovacs M.,and Garrison.<b.,Hopelessness and eventual Suicide:A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation.Am J Psychiatry 142:5.May 1985.

13.- Beck A; Schuyler D. Development of suicidal intent scales. In a Beck et al ed; **The Prediction of Suicide**; Charless Press, 1974.

14.-Bedrosian.R.C.,Beck.A.T.(1979) Cognitive aspects of Suicidal Behavior,Suicide and Life-Threatening Behavior,9,pp 87-96.

15.- Borges G, Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991; Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994, p 15-21.

16.- Brent David A; **Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. Suicide and Life-Threatening Behavior**, Vol. 25. Supplement, 1995, pp 52-64.

17.- Brittlebank AD & cols; **Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: a prospective follow-up study**; Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 280-283.

18.- Brown G.. Linnoila M; **CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity, and violence**; J Clin Psychiatry 1990; 51:[4 suppl]: 31-43.

19.- Cano de Ocampo Gpe; **Ensayo sobre el suicidio en Tabasco, Investigación de naturaleza criminológica**. Universidad Autónoma de Tabasco. 1992. pp 13-56.

20.- Coccaro Emil; **Impulsive Aggression in Personality Disorder Correlates With**

Tritiated Paroxetine Binding in the Platelet; Arch Gen Psychiatry, 1996; 53:531-536.

21.- Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993;371:9-20.

22.- Dunner, David L; Currente Psychiatric Therapy; Saunders Co; 1993; pp 994-998.

23.- Engelberg H: Low serum cholesterol and suicide. Lancet 1992; 339: 1168.

24.-Etzersdorfer,E.,Piribauer,F.,and Sonneck,G.,Sex differential for suicide among Austrian age cohorts.Acta Psychiatr Scand 1996:93: 240-245.

25.- Ghanshyam N Pandey; Platelet Serotonin-2A Receptors: A Potential Biological Marker for Suicidal Behavior; Am J Psychiatry 1995; 152:6: 850-855.

26.- García R; Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1988; Salud Mental V. 13, No. 4, diciembre de 1990.

27.- Golier Julia y cols; Low Serum Cholesterol Level and Attempted Suicide; Am J Psychiatry 152:3, March 11995: 419-423.

28.- Gomez Castro; Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994; Salud Mental V, 19. No, marzo de 1996, pp 45-55.

29.- Heman A; Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio; Salud Pública de México, 1989 V 26 pp 39-49.

30.- Heman Arturo; Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas: Psiquiatría APM. 1989; 2: 65-79.

31.- Hendin Herbert; El Suicidio en Escandinavia: Estudio Psicoanalítico de la cultura

y el carácter; Ariel: Barcelona. 1965.

32.- Herbert Y., Meltzer MD; The significance of Serotonin for Neuropsychiatric disorders; J Clin Psychiatry 1991; V 52: 12[suppl]; 70-72

33.- Hughes Douglas, Can the Clinician Predict Suicide?; Psychiatric Services May 1995, Vol 46, No 5. pg 449-451.

34.-J.A.T.,Dyer and N. Kreitman,Hopelessness,Depression and Suicidal Intent in parasuicide. Brit J. Psychiatr (1989) 144,127-133.

35.- Jiménez Genchi A; Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por Intento Suicida. Tesis de Especialidad en Psiquiatría; México, 1995.

36.- Kaplan Harold, Roy Alec; Suicide; Comprehensive Textbook of Psychiatry/V; Vol 2, Fifth Edition, 1994; 813-920,1414-1426.

37.- Klerman Gerald; Clinical Epidemiology of Suicide; J Clin Psychiatry 48:12, Suppl, 33-38, 1987.

38.- Malone Kevin M; Clinical Assessment Versus Methods in the Assessment of Suicidal Behavior; Am J Psychiatry 1995; 152: 1601-1607.

39.- Mann J, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. J Clin Psychopharmacol 1992;12:2S-7S.

40.- Mann J & cols; Neurochemical Studies of Violent and Nonviolent Suicide; Psychopharmacology Bulletin; Vol. 25, N 3, 1989, 407-413.

41.-Menil,J.,Owens J.,Age and Attempted suicide.Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 385-388.

42.-Minkoff K.,bergmon E.,Beck and R.,Hopelessness,epression,and Attempted

Suicide. Am J Psychiatr 130:4, April 1973, 455-459

43.- Nekanda-Trepka, C.T.S., Bishop, S. and Blackburn, I.M., (1983) Hopelessness and depression British Journal of Clinical Psychology, 22, pp. 49-60.

44.- Nordström, Asberg: Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders; Acta Psychiatr Scand 1995: 92: 345-350.

45.- Noyes, Kolb; Psiquiatría Clínica Moderna; La Prensa Médica Mexicana; 6° Edición; 1992; pp 143-148.

46.- Perce W., Suicidal Intent in Self-Injury Brit J. Psychiatr (1979), 130, 377-85.

47.- Ortega H. y cols. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud mental V14 No. 2, Junio de 1991, pág. 1-6

48.- Plutchik R: Outward and Inward Directed Aggressiveness: The Interaction Between Violence and Suicidality. Pharmacopsychiat. 28 (1995) (Supplement) 47-57.

49.- Plutchik R, Van Praag H, Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. Acta Psychiatr 1993; 87: 1-5.

50.- Plutchik R, Van Praag H; Correlates of Suicide and Violence Risk 1: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry, Vol 30, No 4 (July/August), 1989; pp 292-302.

51.- Price Lawrence & cols; Clinical Data on the Role of Serotonin in the Mechanism(s) of Action of Antidepressant Drugs; J Clin Psychiatry 1990; 51[4, suppl]: 44-50.

52.- Ramos Lira, Saltijeral Ma. Teresa, Caballero Miguel Angel; Impacto de la violencia en la salud mental: Estado Actual y perspectivas; Salud Mental. Vol 19; Suppl. Abril 1996. pp 19-31.

53.- Ray W. Fuller; Role of Serotonin in Therapy of Depression and Related Disorders; J Clin Psychiatry 1991; 52[5, suppl] 52-57.

54.- Roy A. Linnoila M; Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin; Acta Psychiatr Scand 1988: 78: 529-235.

55.- Shafii M & cols; Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents: Am J Psychiatr 1985; 142: 1061.1064.

56.- Stanley Michael; Stanley Barbara; Postmortem Evidence for Serotonin's Role in Suicide; J Clin Psychiatry 1990; 51:[4, Suppl]: 22-28).

57.-Traskman L Asberg M Bertilsson L, Sjöstrand L. Monoamine metabolites in CFS and suicidal behavior Arch Gen Psychiatry 1981; 38:631-636.

58.-Vallejo J.,Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría.3a. ed..Edit. Salvat,1992,pp 448-502.

59.- Weishaar Marjorie, Aaron Beck; Hopelessness and suicide; International Review of Psychiatry (1992), 4, 177-184.

60.- Wekstein Louis; Hand Book of Suicidology principles, problems and practice, 1992.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SUICIDA

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

EDAD: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL ACTUAL: _____

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

ESCOLARIDAD: _____

HISTORIA DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS

¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA? SI _____ NO _____

No. Intento	Método	Atención	Edad	Ocupación	Edo. Civil

**ESCALA DE SUICIDIO
AARON T. BECK**

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO.

Por favor evalúe la situación del paciente y califique, encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

- 1.- **Aislamiento.**
 0. Alguien estaba presente cuando intentó suicidarse.
 1. Alguien estaba cerca o en el contacto (vgr por teléfono).
 2. Nadie estaba cerca o en contacto.
- 2.- **Tiempo.**
 0. Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto.
 1. Programado de manera que la intervención no era probable
 2. Programado de manera que la intervención era altamente improbable.
- 3.- **Tomó alguna precaución para que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento.**
 0. No se tomó ninguna.
 1. Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención.
 2. Precaución activa (vgr puerta cerrada con llave).
- 4.- **Actuar para obtener ayuda durante/después del intento.**
 0. Notificó a un ayudante potencial sobre el intento.
 1. Contactó pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
 2. No contactó o notificó a un ayudante potencial.
- 5.- **Actos finales en la anticipación de muerte.**
 - () Ninguna.
 1. El paciente pensó cómo hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte.
 2. Hizo planes definitivos (vgr cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro).
- 6.- **Grado de planeación del intento suicida.**
 0. ninguna planeación.
 1. Mínimo o moderada preparación.
 2. Preparación extensiva.
- 7.- **Notas sobre el suicidio.**
 0. Ausencia de nota.
 1. Escribió una nota pero la rompió y pensó en hacer la nota.
 2. Presencia de la nota.
- 8.- **Comunicación abierta sobre el intento antes del acto.**
 0. ninguna.
 1. Comunicación equívoca.
 2. Comunicación no equívoca (clara, definitiva).
- 9.- **Propósito del intento.**
 0. Principalmente cambiar o manipular el ambiente.
 1. Componentes de "0" "2".
 2. Principalmente para remover el self del medio ambiente.

AUTOREPORTE

- 10.- Expectativas con relación a la fatalidad del acto.**
0. El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó a cerca de éso.
1. El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
2. El paciente pensó que la muerte era probable y certera.
- 11.- Métodos de mortalidad (Letalidad).**
0. El paciente hizo menos de lo que consideró si sería necesario o no (vgr tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir).
1. El paciente no estaba seguro o pensó que lo hizo (vgr la dosis que tomó) podía ser mortal.
2. Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (vgr tomó suficiente cantidad a dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la vida.
- 12.- Seriedad del intento.**
0. El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
1. El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
2. El paciente consideró que el acto fué un intento serio para dar fin a su vida.
- 13.- Ambivalencia hacia el vivir.**
0. El paciente no quería morir.
1. El paciente no le importó si moría o vivía.
2. El paciente deseaba morir.
- 14.- Concepción de reversibilidad.**
0. El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
1. El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica.
2. El paciente estaba seguro de que moriría aunque recibiera atención médica.
- 15.- Grado de premeditación.**
0. Ninguno-impulsivo.
1. Suicidio contemplado por 3 horas o menos, antes del intento.
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.

ESCALA DE DESESPERANZA (BECK).

APENDICE C

Esta parte del cuestionario consiste en una lista de 20 afirmaciones. Por favor lee cuidadosamente cada una de ellas. Si la afirmación describe su actitud en la última semana incluyendo hoy mismo, marque el paréntesis de la palabra FALSO. Por favor asegúrese de leer cada afirmación.

1. Yo veo el futuro con esperanza y entusiasmo.
1. () Falso. 2. () Cierto.
2. Puedo darme por vencido fácilmente por que no hay nada que pueda hacer para mejorar mi situación.
1. () Falso. 2. () Cierto.
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda a pensar que no pueden estar así siempre.
1. () Falso. 2. () Cierto.
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de diez años.
1. () Falso. 2. () Cierto.
5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.
1. () Falso. 2. () Cierto.
6. En el futuro pienso triunfar en las cosas que más me interesan.
1. () Falso. 2. () Cierto.
7. Mi futuro me parece obscuro.
1. () Falso. 2. () Cierto.
8. Soy particularmente afortunado y espero obtener más de las cosas buenas de la vida que la mayoría de las personas.
1. () Falso. 2. () Cierto.
9. No puedo superar mis problemas, y no hay razón para pensar que podré hacerlo en el futuro.
1. () Falso. 2. () Cierto.
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.
1. () Falso. 2. () Cierto.
11. Todo lo que puedo ver delante de mí es más desagradable que agradable.
1. () Falso. 2. () Cierto.
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.
1. () Falso. 2. () Cierto.
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que será más feliz de lo que soy ahora.
1. () Falso. 2. () Cierto.
14. Las cosas simplemente no funcionarán de la forma que yo quiero.
1. () Falso. 2. () Cierto.
15. Tengo mucha fé en el futuro.
1. () Falso. 2. () Cierto.
16. Yo nunca consigo lo que quiero, así que es tonto querer algo.
1. () Falso. 2. () Cierto.
17. Es poco probable que yo consiga alguna satisfacción en el futuro.
1. () Falso. 2. () Cierto.
18. El futuro me parece incierto.
1. () Falso. 2. () Cierto.
19. Yo puedo preveer más buenos tiempos que malos.
1. () Falso. 2. () Cierto.
20. Es realmente inútil tratar de conseguir algo que quiera por que probablemente no lo conseguiré.
1. () Falso. 2. () Cierto.

INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK.

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo; describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme voy hacia atrás en mi vida, todo lo puedo ver con muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.

- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto de las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) No me siento contento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.

- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo idea de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy más irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 Hé perdido la mayor parte del interés en la gente.
 Hé perdido todo el interés en la gente.
- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea más viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea más feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SUICIDA

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

EDAD: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL ACTUAL: _____

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

ESCOLARIDAD: _____

HISTORIA DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS

¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA? SI _____ NO _____

No. Intento	Método	Atención	Edad	Ocupación	Edo. Civil

**ESCALA DE SUICIDIO
AARON T. BECK**

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO.

Por favor evalúe la situación del paciente y califique, encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

- 1.- **Aislamiento.**
 0. Alguien estaba presente cuando intentó suicidarse.
 1. Alguien estaba cerca o en el contacto (vgr por teléfono).
 2. Nadie estaba cerca o en contacto.
- 2.- **Tiempo.**
 0. Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto.
 1. Programado de manera que la intervención no era probable
 2. Programado de manera que la intervención era altamente improbable.
- 3.- **Tomó alguna precaución para que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento.**
 0. No se tomó ninguna.
 1. Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención.
 2. Precaución activa (vgr puerta cerrada con llave).
- 4.- **Actuar para obtener ayuda durante/después del intento.**
 0. Notificó a un ayudante potencial sobre el intento.
 1. Contactó pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
 2. No contactó o notificó a un ayudante potencial.
- 5.- **Actos finales en la anticipación de muerte.**

() Ninguna.

 1. El paciente pensó cómo hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte.
 2. Hizo planes definitivos (vgr cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro).
- 6.- **Grado de planeación del intento suicida.**
 0. ninguna planeación.
 1. Mínimo o moderada preparación.
 2. Preparación extensiva.
- 7.- **Notas sobre el suicidio.**
 0. Ausencia de nota.
 1. Escribió una nota pero la rompió y pensó en hacer la nota.
 2. Presencia de la nota.
- 8.- **Comunicación abierta sobre el intento antes del acto.**
 0. ninguna.
 1. Comunicación equívoca.
 2. Comunicación no equívoca (clara, definitiva).
- 9.- **Propósito del intento.**
 0. Principalmente cambiar o manipular el ambiente.
 1. Componentes de "0" "2".
 2. Principalmente para remover el self del medio ambiente.

AUTOREPORTE

- 10.- **Expectativas con relación a la fatalidad del acto.**
 0. El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó a cerca de éso.
 1. El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
 2. El paciente pensó que la muerte era probable y certera.
- 11.- **Métodos de mortalidad (Letalidad).**
 0. El paciente hizo menos de lo que consideró si sería necesario o no (vgr tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir).
 1. El paciente no estaba seguro o pensó que lo hizo (vgr la dosis que tomó) podía ser mortal.
 2. Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (vgr tomó suficiente cantidad a dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la vida).
- 12.- **Seriedad del intento.**
 0. El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
 1. El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
 2. El paciente consideró que el acto fué un intento serio para dar fin a su vida.
- 13.- **Ambivalencia hacia el vivir.**
 0. El paciente no quería morir.
 1. El paciente no le importó si moría o vivía.
 2. El paciente deseaba morir.
- 14.- **Concepción de reversibilidad.**
 0. El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
 1. El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica.
 2. El paciente estaba seguro de que moriría aunque recibiera atención médica.
- 15.- **Grado de premeditación.**
 0. Ninguno-impulsivo.
 1. Suicidio contemplado por 3 horas o menos, antes del intento.
 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.

INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK.

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo; describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo puedo ver con muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto de las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento contento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo idea de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy más irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 Me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte del interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea más viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea más feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.

19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilos.
 He perdido más de 5 kilos.
 He perdido más de 7.5 kilos.
(Estoy a dieta: Sí No

20) Mi salud no me preocupa más que antes.
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal ó estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.

21) Mi interés por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho más interesado por el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.